REVUE DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine.

A. PONCET
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon,
Ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon,
Correspondant de l'Académie de médecine.

P. BERGER
Professeur de médecine opératoire
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de médecine.

E. QUÉNU
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : **M. F. Terrier.**

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE. — N° 2. — 10 FÉVRIER 1904

EXTRAIT

UN NOUVEAU CAS DE KYSTE JUXTA-INTESTINAL

Par MM. F. TERRIER et P. LECÈNE

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

PARIS, 6^e

1904

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Volumes in-8, brochés, à 5 fr., 7 fr. 50 et 10 fr.

EXTRAIT DU CATALOGUE

STUART MILL. — **Mes mémoires**, 3e éd. 5 fr.
— **Système de logique**. 2 vol. 20 fr.
— **Essais sur la religion**, 2e éd. 5 fr.
HERBERT SPENCER. **Prem. principes**. 10e éd. 10 fr.
— **Principes de psychologie**. 2 vol. 20 fr.
— **Principes de biologie**. 5e édit. 2 vol. 20 fr.
— **Principes de sociologie**. 4 vol. 36 fr. 25
— **Essais sur le progrès**. 5e éd. 7 fr. 50
— **Essais de politique**. 4e éd. 7 fr. 50
— **Essais scientifiques**. 3e éd. 7 fr. 50
— **De l'éducation**. 10e éd. 5 fr.
PAUL JANET. — **Causes finales**. 4e édit. 10 fr.
— **Œuvres phil. de Leibniz**. 2e éd. 2 vol. 20 fr.
TH. RIBOT. — **Hérédité psychologique**. 7 fr. 50
— **Psychologie anglaise contemporaine**. 7 fr. 50
— **La psychologie allem. contemp.** 7 fr. 50
— **Psychologie des sentiments**. 4e éd. 7 fr. 50
— **L'Evolution des idées génér.** 2e éd. 5 fr.
— **L'imagination créatrice**. 5 fr.
A. FOUILLÉE. — **Liberté et déterminisme**. 7 fr. 50
— **Systèmes de morale contemporains**. 7 fr. 50
— **Morale, art et religion**, d'ap. Guyau. 3 fr. 75
— **L'avenir de la métaphysique**. 2e éd. 5 fr.
— **L'évolut. des idées-forces**. 2e éd. 7 fr. 50
— **Psychologie des idées-forces**. 2 vol. 15 fr.
— **Tempérament et Caractère**. 2e éd. 7 fr. 50
— **Le mouvement positiviste**. 2e éd. 7 fr. 50
— **Le mouvement idéaliste**. 2e éd. 7 fr. 50
— **Psychologie du peuple français**. 7 fr. 50
— **La France au point de vue moral**. 7 fr. 50
— **Esquisse psych. des peuples europ.** 10 fr.
— **Nietzsche et l'immoralisme**. 5 fr.
BAIN. — **Logique déd. et ind.** 2 vol. 20 fr.
— **Les sens et l'intelligence**. 3e édit. 10 fr.
— **Les émotions et la volonté**. 10 fr.
— **L'esprit et le corps**. 4e édit. 6 fr.
— **La science de l'éducation**. 6e édit. 6 fr.
LIARD. — **Descartes**. 2e édit. 5 fr.
— **Science positive et métaph.** 4e éd. 7 fr. 50
GUYAU. — **Morale anglaise contemp.** 5e éd. 7 fr. 50
— **Probl. de l'esthétique cont.** 3e éd. 7 fr. 50
— **Morale sans obligation ni sanction**. 5 fr.
— **L'art au point de vue sociol.** 2e éd. 5 fr.
— **Hérédité et éducation**. 3e édit. 5 fr.
— **L'irréligion de l'avenir**. 5e édit. 7 fr. 50
H. MARION. — **Solidarité morale**. 5e éd. 5 fr.
SCHOPENHAUER. — **Sagesse dans la vie**. 5 fr.
— **Principe de la raison suffisante**. 5 fr.
— **Le monde comme volonté**, etc. 3 vol. 22 fr. 50
JAMES SULLY. — **Le pessimisme**. 2e édit. 7 fr. 50
— **Etudes sur l'enfance**. 10 fr.
WUNDT. — **Psychologie physiol.** 2 vol. 20 fr.
GAROFALO. — **La criminologie**. 4e édit. 7 fr. 50
— **La superstition socialiste**. 5 fr.
P. SOURIAU. — **L'esthét. du mouvement**. 5 fr.
— **La suggestion dans l'art**. 5 fr.
F. PAULHAN. — **L'activité mentale**. 10 fr.
— **Esprits logiques et esprits faux**. 7 fr. 50
JAURÈS. — **Réalité du monde sensible**. 7 fr. 50
PIERRE JANET. — **L'autom. psych.** 4e édit. 7 fr. 50
H. BERGSON. — **Matière et mémoire**. 3e éd. 5 fr.
— **Données imméd. de la conscience**. 3 fr. 75
E. DE ROBERTY. — **L'ancienne et la nouvelle philosophie**. 7 fr. 50
— **La philosophie du siècle**. 2e édit. 5 fr.
— **Nouveau programme de sociologie**. 5 fr.
PILLON. — **L'année philosophique**. Années 1890 à 1902, chacune. 5 fr.
GURNEY, MYERS et PODMORE. — **Hallucinations télépathiques**. 3e édit. 7 fr. 50
L. PROAL. — **Le crime et la peine**. 3e éd. 10 fr.
— **La criminalité politique**. 5 fr.
— **Le crime et le suicide passionnels**. 10 fr.
COLLINS. — **Résumé de la phil. de Spencer**. 10 fr.
NOVICOW. — **Les luttes entre sociétés humaines**. 3e édit. 10 fr.
— **Les gaspillages des sociétés modernes**. 5 fr.
DURKHEIM. — **Division du travail social**. 7 fr. 50
— **Le suicide**, étude sociologique. 7 fr. 50
— **L'année sociolog.** Années 1896-97, 1897-98, 1898-99, 1899-1900, 1900-1901, chacune. 10 fr.
Année 1901-1902. 12 fr. 50
J. PAYOT. — **Educ. de la volonté**. 18e éd. 10 fr.
— **De la croyance**. 5 fr.
NORDAU (MAX). — **Dégénérescence**. 2 vol. 17 fr. 50
— **Les mensonges conventionnels**. 7e éd. 5 fr.
— **Vus du dehors**. 5 fr.
LÉVY-BRUHL. — **Philosophie de Jacobi**. 5 fr.
— **Lettres de J.-S. Mill et d'Aug. Comte**. 10 fr.
— **Philosophie d'Aug. Comte**. 7 fr. 50
— **La morale et la science des mœurs**. 5 fr.
G. TARDE. — **La logique sociale**. 3e éd. 7 fr. 50
— **Les lois de l'imitation**. 4e éd. 7 fr. 50
— **L'opposition universelle**. 7 fr. 50
— **L'opinion et la foule**. 2e édit. 5 fr.
— **Psychologie économique**. 2 vol. 15 50
G. DE GREEF. — **Transform. social**. 2e éd. 7 fr. 50
SÉAILLES. — **Essai sur le génie dans l'art**. 3e éd. 5 fr.
V. BROCHARD. — **De l'erreur**. 2e éd. 5 fr.
AUG. COMTE. — **Sociol.**, rés. p. *Rigolage*. 7 fr. 50
E. BOUTROUX. — **Etudes d'histoire de la philosophie**. 2e éd. 7 fr. 50
P. MALAPERT. — **Les élém. du caractère**. 5 fr.
A. BERTRAND. — **L'enseignement intégral**. 5 fr.
— **Les études dans la démocratie**. 5 fr.
H. LICHTENBERGER. — **Richard Wagner**. 10 fr.
THOMAS. — **L'éduc. des sentiments**. 3e éd. 5 fr.
— **Pierre Leroux**. 5 fr.
G. LE BON. — **Psychol. du social**. 3e éd. 7 fr. 50
RAUH. — **De la méthode dans la psychologie des sentiments**. 5 fr.
— **L'expérience morale**. 3 fr. 75
DUPRAT. — **L'instabilité mentale**. 5 fr.
HANNEQUIN. — **L'hypothèse des atomes**. 7 fr. 50
LALANDE. — **Dissolution et évolution**. 7 fr. 50
DE LA GRASSERIE. — **Psych. des religions** 5 fr.
BOUGLÉ. — **Les idées égalitaires**. 3 fr. 75
DUMAS. — **La tristesse et la joie**. 7 fr. 50
G. RENARD. — **La méthode scientifique de l'histoire littéraire**. 10 fr.
STEIN. — **La question sociale**. 10 fr.
BARZELLOTTI. — **La philosophie de Taine**. 7 fr. 50
RENOUVIER. — **Dilemmes de la métaphys.** 5 fr.
— **Hist. et solut. des probl. métaphys.** 7 fr. 50
— **Le personnalisme**. 10 fr.
BOURDEAU. — **Le problème de la mort**. 3e éd. 5 fr.
— **Le problème de la vie**. 7 fr. 50
SIGHELE. — **La foule criminelle**. 2e éd. 5 fr.
SOLLIER. — **Le problème de la mémoire**. 3 fr. 75
— **Psychologie de l'idiot**. 2e éd. 5 fr.
HARTENBERG. — **Les timides et la timidité**. 5 fr.
LE DANTEC. — **L'unité dans l'être vivant**. 7 fr. 50
— **Les limites du connaissable**. 3 fr. 75
OSSIP-LOURIÉ. — **Philos. russe contemp.** 5 fr.
BRAY. — **Du beau**. 5 fr.
PAULHAN. — **Les caractères**. 2e éd. 5 fr.
LAPIE. — **Logique de la volonté**. 7 fr. 50
GROOS. — **Les jeux des animaux**. 7 fr. 50
XAVIER LÉON. — **Philosophie de Fichte**. 10 fr.
OLDENBERG. — **La religion du Véda**. 10 fr.
— **Le Bouddha**. 2e éd. 7 fr. 50
WEBER. — **Vers le positivisme absolu par l'idéalisme**. 7 fr. 50
TARDIEU. — **L'ennui**. 5 fr.
RIBÉRY. — **Essai de classification naturelle des caractères**. 3 fr. 75
GLEY. — **Psychologie physiol. et pathol.** 5 fr.
SABATIER. — **Philosophie de l'effort**. 7 fr. 50
MAXWELL. — **Phénomènes psych.** 2e éd. 5 fr.
SAINT-PAUL. — **Le langage intérieur et les paraphasies**. 5 fr.
LUBAC. — **Esquisse d'un système de psychologie rationnelle**. 3 fr. 75
HALÉVY. — **Radical. philos.** 3 vol. 22 fr. 50
V. EGGER. — **La parole intérieure**. 2e édit. 5 fr.
PALANTE. — **Combat pour l'individu**. 3 fr. 75

UN NOUVEAU CAS
DE KYSTE JUXTA-INTESTINAL

PAR MM.

F. TERRIER, et **P. LECÈNE,**

Professeur de clinique chirurgicale — Prosecteur
à la Faculté de Médecine de Paris.

Nous avons eu l'occasion récemment d'observer un kyste juxta-cæcal que ses caractères anatomiques permettent de classer dans la variété des kystes juxta-intestinaux à structure intestinale, que l'on pourrait aussi appeler « entéroïdes » (de ἐντερός, intestin). Ces kystes, fort rares, sont encore mal connus; aussi nous a-t-il paru intéressant de publier cette observation avec l'examen histologique de la paroi de la poche. Voici d'abord l'observation clinique et anatomique :

L. V., âgée de trente-trois ans, couturière, entre le 20 octobre 1903 à la clinique chirurgicale de la Pitié, parce que son ventre est très augmenté de volume. La malade a été réglée à quatorze ans; à quinze ans, elle a eu la fièvre typhoïde. La malade est mariée, mais n'a jamais eu d'enfant.

Le début de la maladie actuelle remonte à un an. A ce moment, la malade s'aperçut que son ventre augmentait de volume; elle fut obligée d'élargir ses vêtements qui la gênaient. Il n'y avait pas de douleurs abdominales, les membres inférieurs n'étaient pas œdématiés.

Au bout de quelques mois, survinrent des douleurs abdominales avec quelques troubles dyspeptiques : nausées sans vomissements, pesanteur d'estomac après les repas; mais l'appétit était conservé. Au dire de la malade, elle aurait remarqué à ce moment l'existence d'une grosseur dans le côté droit du ventre; cette grosseur avait le volume d'un œuf de poule, mais n'était pas sentie tous les jours par la malade.

Ce ne fut qu'en septembre de cette année (1903), il y a donc un mois, que la malade consulta un médecin; à ce moment, outre l'augmentation considérable de volume du ventre, il y avait de l'œdème des membres inférieurs. Le médecin, consulté, fit une ponction de l'abdomen et retira environ 10 litres d'ascite.

Quinze jours après cette ponction, le ventre était redevenu aussi gros qu'auparavant. C'est alors que la malade se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié.

Actuellement (20 octobre 1903), à l'inspection, le ventre est augmenté de volume; on sent très facilement à la palpation qu'il y a du liquide dans la cavité abdominale (sensation de flot). A la percussion, il existe une sonorité au centre de l'abdomen, avec matité dans les flancs : lorsque la malade est couchée à gauche, le flanc droit devient sonore et réciproquement; il s'agit donc d'une ascite libre. Les membres inférieurs sont œdématiés. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

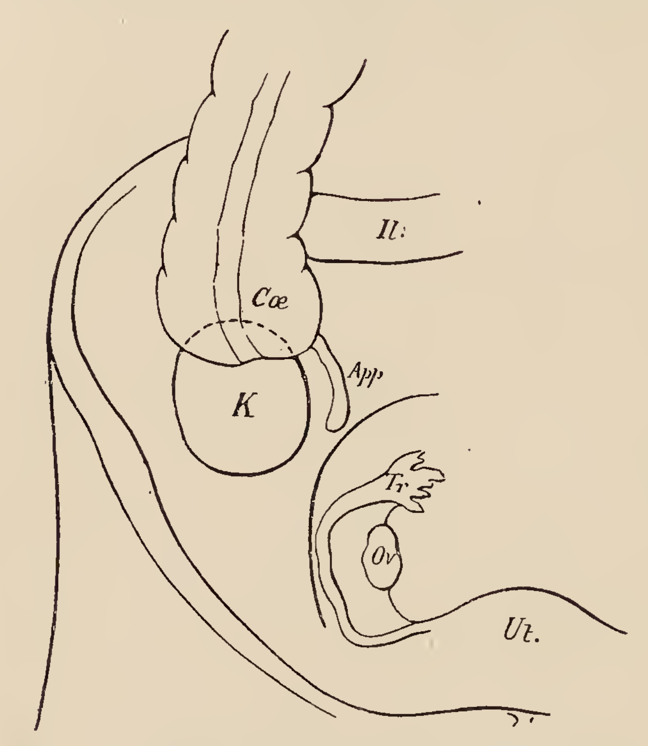


Fig. 1. — Schéma de la disposition et des rapports du kyste, tels qu'on les vit, le ventre étant ouvert.

Comme il est très difficile de palper les organes intra-abdominaux à cause de l'ascite, on décide de pratiquer une ponction; on retire ainsi 15 litres de liquide jaune clair, un peu visqueux. On peut alors sentir dans le flanc droit une tumeur du volume du poing; cette tumeur, indolente, arrondie, résistante, occupe la fosse iliaque droite; elle dépasse en haut la crête iliaque et descend en bas jusqu'au détroit supérieur; la tumeur possède une mobilité transversale peu marquée.

Au toucher vaginal, on sent que le col de l'utérus est très mou; le corps utérin, au contraire, est dur; à droite du corps de l'utérus, on sent à travers le cul-de-sac latéral droit, assez loin de l'utérus, une tumeur grosse comme le poing, tout à fait indépendante de l'utérus, cette tumeur est évidemment celle que l'on a senti à la palpation de l'abdomen. A gauche, on ne sent pas les annexes.

La malade actuellement ne se plaint d'aucun trouble dyspeptique; les selles sont normales et régulières. L'appétit est bon : il y aurait eu un peu d'amaigrissement depuis un an. Le foie est normal et ne dépasse pas le rebord costal. En présence de ces symptômes, on pense qu'il s'agit d'un *kyste de l'ovaire droit avec ascite.*

Opération le 3 novembre 1903, par M. le Prof. Terrier.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On évacue une grande quantité de liquide ascitique clair, jaunâtre, un peu visqueux. On aperçoit alors une tumeur kystique adhérente à la paroi cæcale, située au-dessous et un peu en arrière du cæcum (V. Fig. 1). La tumeur a le volume du poing; elle est complètement indépendante de l'utérus et des annexes droites qui sont absolument normales. Du côté gauche, la trompe est saine; l'ovaire présente à sa surface un petit kyste séreux, gros comme un pois, qui est incisé au bistouri.

On incise alors le péritoine pariétal postérieur, qui est rouge lie de vin, tomenteux et sillonné de grosses veines, au-devant de la tumeur; celle-ci est énucléée; elle répond à la face postéro-externe du cæcum, sur lequel d'ailleurs elle est tout à fait mobile; on trouve sans difficultés le plan de clivage qui sépare la tumeur du cæcum. On ferme par un surjet la surface cruentée produite par l'ablation de la tumeur. L'appendice iléo-cæcal, indépendant de la tumeur, situé en dedans d'elle, est enlevé par la même occasion, suivant la technique habituelle. Réunion de la paroi sans drainage.

Guérison sans complication : la malade quitte l'hôpital à la fin de novembre 1903; l'ascite ne s'est pas reproduite.

Le kyste enlevé a le volume d'une très grosse orange; sa face externe est lisse, dépourvue de toute espèce de végétations. A l'incision, il s'écoule du kyste un liquide clair, très visqueux, rappelant celui que l'on trouve dans certains kystes mucoïdes de l'ovaire. La face interne du kyste est recouverte de végétations polypiformes, confluentes en un point sur une étendue grande comme une pièce de cinq francs et disséminées sur le reste de la face interne du kyste.

Nous avons pratiqué l'examen histologique de la paroi de ce kyste au niveau où elle présentait ces végétations. Cette paroi (Voir Fig. 2) est formée en dehors par une couche épaisse de tissu conjonctif dense, parcourue par des vaisseaux bien formés et remplis de sang; cette paroi fibreuse mesure environ un demi-centimètre d'épaisseur. Sa face interne est tapissée par un épithélium cylindrique, à une seule rangée de cellules longues, pressées les unes contre les autres; les noyaux de ces cellules occupent leur base; ils sont bien colorés et riches en chromatine. Beaucoup de ces cellules cylindriques sont caliciformes, leur extrémité libre étant remplie par un bouchon de mucus, offrant toutes les réactions spécifiques de cette substance. En certains points, l'épithélium s'enfonce dans la paroi fibreuse en formant des invaginations pseudo-glandulaires qui rappellent beaucoup les glandes de Lieberkühn; ces invaginations pseudo-glandulaires pénètrent quelquefois assez loin, et l'on retrouve sur la coupe des culs-de-sac coupés en travers. En regardant la coupe au niveau des végétations de la face interne du kyste, on voit que celles-ci sont formées par un axe de tissu conjonctif, renfermant toujours un vaisseau capillaire étroit, ainsi que des lymphocytes et des cellules de tissu conjonctif; cet axe conjonctif est recouvert par une seule rangée de cellules épithéliales cylindriques, souvent caliciformes, tout à fait analogues à celles que nous avons décrites plus haut.

Avant de faire des coupes totales de la paroi du kyste, nous avions

fait des frottis avec le raclage de la face interne du kyste; nous avons ainsi obtenu de très belles cellules épithéliales cylindriques,



Fig. 2. — Coupe histologique de la paroi du kyste en un point où les végétations sont abondantes. On voit des invaginations pseudo-glandulaires et des végétations qui rappellent les villosités intestinales. (Grossiss., 150 fois.)

présentant tous les stades de la sécrétion du mucus (Voir Fig. 3).

Des coupes du kyste ont été également faites par M. le Professeur V. Cornil, dont l'examen a vérifié en tous points la description que nous avons donnée ci-dessus.

Étant donné les connexions anatomiques de ce kyste et la structure de sa paroi, que devons-nous penser de sa nature? Nous croyons qu'il s'agit ici d'un *kyste juxta-intestinal, à structure intestinale*, *kyste entéroïde, si l'on veut*. Nous allons en donner la preuve.

On peut rencontrer au niveau de l'intestin et de ses mésos plusieurs variétés de kystes d'origine et de structure très différentes.

La variété la plus fréquente des kystes de cette région et la mieux connue [1] est celle des *kystes lymphatiques*. Ceux-ci siègent en général dans le mésentère; plus rarement on peut en rencontrer dans l'épaisseur des mésos du gros intestin : mésocôlon ascendant, transverse et descendant. Cette première variété de kystes est définie par un ensemble de caractères propres :



Fig. 3. — Produit de raclage de la face interne du kyste; cellules épithéliales cylindriques, quelques-unes caliciformes; globules rouges. (Grossis., 500 fois.)

1° Ces kystes sont en général *multiloculaires*, ou tout au moins formés de plusieurs poches communiquant ensemble.

2° Leur contenu est soit un liquide *séreux*, limpide, soit un liquide *chyleux*, contenant en suspension un grand nombre de gouttelettes de graisse. Dans quelques cas plus rares, la paroi de ces kystes peut être le siège d'altérations qui rappellent de tous points la pachyvaginalite de l'enveloppe séreuse du testicule : on trouve alors à leur intérieur un *liquide brunâtre*, plus ou moins riche en globules sanguins et en paillettes de cholestérine. L'un de nous [2] a publié à la Société anatomique un cas de kyste du mésocôlon transverse à contenu chocolat, qui avait été pris pour un kyste du pancréas. La paroi de ce kyste présentait, à l'examen histologique, les altérations caractéristiques de l'inflammation chronique d'une membrane séreuse : strates fibrineuses superposées, avec vaisseaux néoformés et nombreuses hémorragies interstitielles.

3° La *structure histologique* de la paroi de ces kystes séreux est tout à fait typique : elle est constituée par une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif dense, faiblement vasculaire, et revêtue sur sa face interne par un endothélium aplati, rappelant absolument celui qui tapisse les vaisseaux lymphatiques ou les membranes séreuses.

1. Augagneur, Thèse d'agrégation, Paris, 1886. — Braquehaye, *Arch. générales de Médecine*, sept. et novembre 1892. — Moynihan, *Annals of Surgery*, 1897, t. 26, p. 1.

2. Fossard et Lecène, *Bulletins de la Soc. anat. de Paris*, 1900, p. 1076.

Tels sont les principaux caractères anatomiques qui permettent de reconnaître et de classer la première variété des *kystes mésentériques*, qui peuvent être juxta-intestinaux. Ajoutons qu'on admet en général aujourd'hui que ces kystes se développent aux dépens des vaisseaux lymphatiques du mésentère ou des mésos du gros intestin.

Dans quelques cas, infiniment plus rares, on a décrit des *lymphangiomes kystiques* du mésentère, très proches parents des kystes séreux. Tous ces faits ont trait à des enfants du premier âge (de un à cinq ans); quelques-uns de ces lymphangiomes kystiques, en tous points comparables à ceux de la région cervicale, ont même été opérés chirurgicalement. Penkert[1] en rapporte une observation où le petit malade fut opéré avec succès d'un vaste lymphangiome kystique du mésentère.

A côté de ces deux premières variétés de kystes, très voisines, nous l'avons vu, il faut signaler une autre catégorie de faits beaucoup plus rares et d'une interprétation beaucoup plus difficile : ce sont les *kystes dermoïdes juxta-intestinaux*. Récemment M. Launay en a présenté un beau cas à la Société de Chirurgie de Paris (séance du 14 octobre 1903); le kyste siégeait dans le mésocôlon transverse et fut enlevé avec succès. L'examen histologique de la paroi montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde, sans formation de poils ni de glandes sébacées. Les faits analogues sont très rares; il en existe cependant un certain nombre dans la science (Lebert, Dupuytren, Dickinson, König, Bantock, Langton, Schutzer, Spencer Wells). Il faut d'ailleurs distinguer ces kystes dermoïdes des tératomes produits par une véritable inclusion fœtale dans les feuillets des mésos de l'intestin; un de ces cas de tératome rétro-péritonéal, inclus dans le mésocôlon ascendant, a été rapporté récemment par Ahrens (*Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd. 64, 1901, p. 426). Dans l'observation de cet auteur, une tumeur kystique incluse dans le mésocôlon ascendant contenait un estomac et un segment de 20 centimètres d'intestin, ressemblant absolument à des viscères normaux; on trouvait de plus, sur la muqueuse de cet estomac, 2 ulcères ronds rappelant absolument ceux que l'on rencontre si souvent dans l'estomac; il est difficile d'expliquer de pareils faits par un pincement et un enclavement du tube digestif en voie de formation; il faut admettre comme vraisemblable l'hypothèse pathogénique qui en fait une inclusion fœtale, provenant soit d'un globule polaire fécondé simultanément et inclus dans l'ovule, soit d'un blastomère, précocement

1. Penkert, *Deutsch. Zeitsch. für Chirurgie*, 1902, Bd. 64, p. 431.

séparé des autres et se développant pour son propre compte en un point quelconque de l'embryon.

Nous ne citerons que pour mémoire les *kystes hydatiques*, qui peuvent se rencontrer au niveau du mésentère et dont le diagnostic anatomique est absolument évident.

De même nous ne ferons que mentionner les *hématomes traumatiques enkystés* du mésentère, qui ne sont pas des kystes au sens propre du mot et n'ont rien à voir avec la question qui nous occupe actuellement.

Enfin, il existe une quatrième catégorie de kystes juxta-intestinaux. Les kystes appartenant à cette variété présentent un certain nombre de *caractères communs* tirés surtout de l'examen histologique de leur paroi. Celle-ci est formée en général par une couche de fibres musculaires lisses, rappelant tout à fait celle de l'intestin normal, par une véritable muqueuse comprenant un chorion lymphoïde, quelquefois des villosités, et recouverte d'un épithélium cylindrique, souvent caliciforme, comme celui de l'intestin normal. On rencontre souvent de véritables glandes de Lieberkühn s'enfonçant dans le chorion de la muqueuse. Dans quelques cas (celui de Gfeller[1], par exemple), l'épithélium qui tapissait la paroi de la poche était par endroits cylindrique, par endroits, pavimenteux, à plusieurs assises.

En dehors de ce caractère anatomique de première importance, la structure entéroïde de la paroi, ces kystes présentent encore un certain nombre de points communs.

1° Ils siègent, dans la grande majorité des cas (15 fois sur 18), sur la fin de l'iléon, ou dans l'angle iléo-cæcal;

2° Ils sont pour ainsi dire toujours uniloculaires (17 fois sur 18),

3° Leur contenu est soit un liquide visqueux, filant, de couleur jaunâtre ou claire, soit un liquide brunâtre.

Par rapport à la paroi intestinale, les kystes juxta-intestinaux peuvent occuper un siège variable (Voir les schémas ci-après).

1° *Le kyste est sous-muqueux* (Fig. 4, schéma I). Un cas très net de cette variété exceptionnelle est celui de Quensel[2]. Le kyste uniloculaire siégeait dans la sous-muqueuse de l'intestin grêle, tout près de la valvule de Bauhin, chez un nouveau-né. La paroi de ce kyste était formée par une couche de fibres musculaires lisses et par une muqueuse formée d'un épithélium cylindrique, avec des invaginations pseudo-glandulaires.

1. Gfeller, *Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie*, 1902, Bd. 65, p. 330.
2. Quensel, *Nordiskt medic. Arkiv.*, 1898, n° 30, p. 1.

2° *Le kyste est développé dans l'épaisseur de la couche musculaire qu'il dédouble* (Fig. 4, schéma II). Le cas de Gfeller[1] est typique. Il s'agissait d'un kyste congénital de l'intestin grêle, chez une fillette de onze ans; le kyste s'était développé entre les deux couches de la

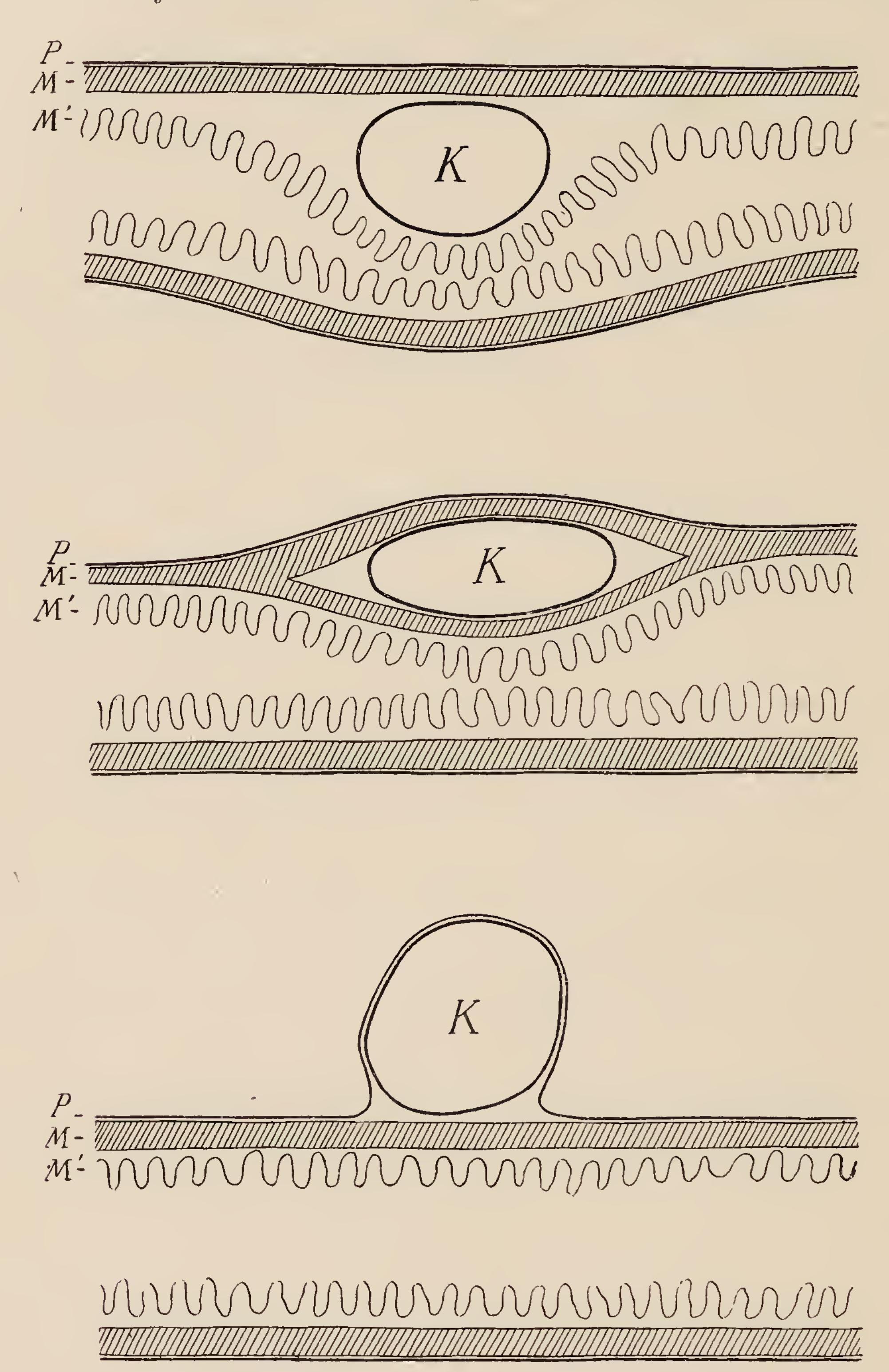


Fig. 4. — Schémas de la position que peut occuper le kyste par rapport aux tuniques de l'intestin : 1° kyste sous-muqueux; 2° kyste intramusculaire; 3° kyste sous-séreux. P. = péritoine; M. = musculaire; M'. = muqueuse.

musculature de l'intestin. Sa paroi était constituée par une couche de fibres musculaires lisses et par un épithélium mixte, en partie cylindrique, en partie pavimenteux.

3° *Le kyste est développé sous la séreuse de l'intestin* (Fig. 4, schéma III). Ici, deux cas différents peuvent être observés :

1. Gfeller, *loc. citato.*

1° Le kyste est placé sur le bord libre de l'intestin (fig. 5);

2° Le kyste est situé au niveau du bord mésentérique de l'intestin, pénétrant plus ou moins profondément à l'intérieur du mésentère qu'il dédouble (fig. 6).

Dans le premier cas (kyste sous-séreux du bord libre), on peut

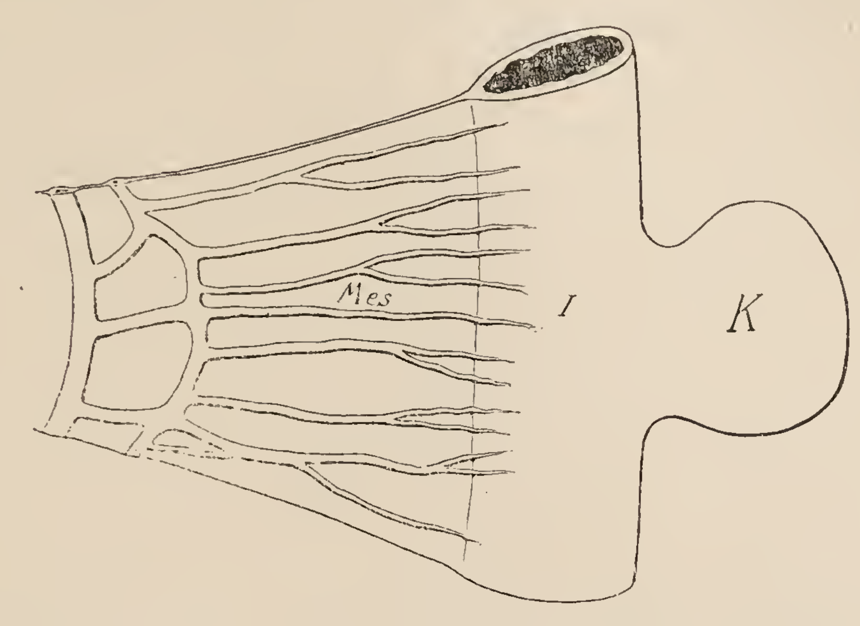


Fig. 5. — Schéma d'un kyste de la variété sous-séreuse, répondant au bord libre de l'intestin.

même voir un kyste pédiculé, rattaché à l'intestin par un pédicule plus ou moins long : telle était la disposition dans le cas de Tiede-

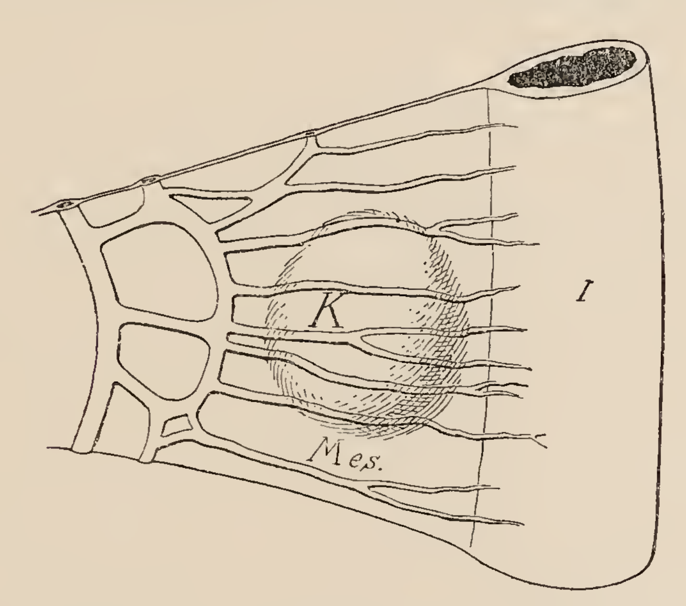


Fig. 6. — Schéma d'un kyste de la variété sous-séreuse, répondant au bord mésentérique de l'intestin.

mann [1] : le kyste était rattaché par un pédicule de 3 ou 4 centimètres au bord libre de l'intestin grêle.

Lorsque le kyste occupe le bord libre de l'intestin sans être pédiculé, il rappelle absolument l'aspect d'un diverticule de Meckel, dont il se distingue cependant très facilement par ce fait que la cavité ne communique pas avec la tumeur de l'intestin.

1. Cité par Roth, *Virchow Archiv*, 1881, Bd. 86, Heft 3.

Si le kyste sous-séreux occupe le bord mésentérique de l'intestin, ce qui est d'ailleurs assez rare, il peut tout à fait simuler un kyste séreux du mésentère. Nous avons eu l'occasion de trouver par hasard, au cours d'une autopsie à Lariboisière, un bel exemple de cette variété de kyste. La tumeur siégeait à 50 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale; la disposition qu'affectait le kyste par rapport à l'intestin est celle que nous avons figurée sur le schéma représenté figure 6. — Ce kyste, de la grosseur d'une mandarine, fut très facilement énucléé; il était inclus entre les deux feuillets du mésentère; sa cavité ne communiquait pas avec la lumière de l'intestin grêle et contenait un liquide clair, un peu visqueux. A l'examen histologique, la paroi se montra constituée par une couche très nette de fibres musculaires lisses et par un épithélium cylindrique, en partie caliciforme, à un seul rang de cellule; il n'existait pas d'invagination pseudo-glandulaire.

Telles sont les différentes variétés anatomiques des kystes juxta-intestinaux que nous proposons d'appeler « entéroïdes ».

Quelle est la fréquence relative de ces variétés? Dans une petite statistique, portant sur 18 faits, nous avons trouvé que :

3 fois, le kyste était sous-muqueux;

7 fois, intramusculaire;

8 fois, sous-séreux;

et, dans ce dernier cas; le kyste siégeait 6 fois au niveau du bord libre et 2 fois au niveau du bord mésentérique de l'intestin grêle.

Si nous considérons maintenant le siège du kyste sur l'intestin, nous voyons que 15 fois il occupait le dernier mètre de l'iléon, 2 fois le jéjunum et 1 fois le cæcum; parmi les cas de tumeur siégeant sur la fin de l'iléon, deux fois le kyste occupait la valvule de Bauhin.

Dans la plupart des cas, le kyste ne communiquait pas avec la lumière intestinale; en effet, deux fois seulement (Tiedemann, Roth), cette communication existait, d'ailleurs très étroite.

Nous avons déjà vu que dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours (17 sur 18), le kyste est uniloculaire.

La structure de la paroi est toujours à peu près la même : épithélium cylindrique, souvent caliciforme, invagination pseudo-glandulaire et villosités à l'intérieur, paroi externe formée du tissu conjonctif avec une plus ou moins grande quantité de fibres musculaires lisses.

Dans quelques cas seulement (Nasse, Buchwald, Anderson), il est noté que la paroi externe du kyste est formée surtout par du tissu conjonctif dense, avec seulement quelques rares fibres musculaires

lisses clairsemées. Enfin, dans un cas de Quensel, la paroi n'était formée que par du tissu conjonctif dense; ce qui serait dû, d'après cet auteur, à une inflammation chronique du kyste ayant entraîné la disparition des fibres musculaires qui devaient constituer primitivement cette paroi.

Rappelons que dans le cas de Gfeller (*loc. cit.*), l'épithélium du kyste était en partie cylindrique, en partie pavimenteux stratifié, mais nous savons que l'épithélium intestinal, avant d'arriver à sa structure définitive, passe par les stades suivants : épithélium cubique stratifié, épithélium cylindrique stratifié, et enfin, épithélium cylindrique à une seule assise (Kollmann).

Ce polymorphisme successif de l'épithélium intestinal au cours du développement, explique que l'on puisse trouver dans certains cas, à l'intérieur de ces kystes, des variétés différentes d'épithélium.

Dans 4 observations, on trouve signalé que la paroi du kyste était le siège de modifications secondaires : dans un cas de Quensel, il y avait, à la face interne du kyste, des ulcérations tuberculeuses et des tubercules miliaires. Dans un autre cas, une partie de la paroi de la poche s'était transformée en sarcome fuso-cellulaire ; enfin, dans les faits d'Anderson[1] et de Hueter[2], la muqueuse qui tapisse le kyste avait subi une dégénérescence adénomateuse : dans le cas d'Anderson, il s'agissait d'adénome végétant; l'auteur même incline fortement à penser que ce processus de prolifération épithéliale était de nature maligne.

Ces kystes se rencontrent surtout chez des nouveau-nés et des enfants (11 fois sur 18), mais on peut cependant les observer seulement à l'âge adulte (7 fois sur 18).

Le fait de leur existence fréquente, soit à la naissance, soit pendant les premières années de la vie, est important au point de vue pathogénique et nous porte immédiatement à les considérer comme des kystes congénitaux.

C'est en effet l'hypothèse de beaucoup la plus vraisemblable sur la nature de ces kystes.

On peut admettre qu'ils sont développés aux dépens d'un débris du canal omphalo-mésentérique et par conséquent très proches parents des diverticules de Meckel; ceci est surtout vraisemblable pour les kystes sous-séreux du bord libre de l'intestin grêle, les plus fréquents de cette variété, nous l'avons vu.

Pour les autres kystes intramusculaires et sous-séreux du bord mésentérique, il est très probable qu'il s'agit là d'un pincement et

1. *British medical Journal*, 1898, t. I, p. 426.
2. *Ziegler Beiträge*, 1896, Bd. 19, p. 391.

d'un enclavement secondaire de la paroi intestinale au cours du développement. On sait que c'est ainsi que l'on explique aujourd'hui la genèse des kystes dermoïdes du cou et de la face, provenant de l'enclavement d'un débris du revêtement ectodermique des poches branchiales. Les cas où l'on a observé une communication du kyste avec la cavité intestinale sont tout à fait en faveur de cette origine des kystes entéroïdes.

D'après cette description des différentes variétés de kystes que l'on peut rencontrer dans le voisinage immédiat de l'intestin, nous voyons que le cas que nous avons rapporté peut être classé dans la variété des kystes entéroïdes.

Deux autres hypothèses pourraient être faites sur sa nature : il pourrait s'agir d'un kyste ovarique aberrant ou d'un kyste wolffien. Cependant rien dans l'étude de la paroi de la poche ne peut justifier l'une ou l'autre de ces hypothèses. Nous ne rencontrons dans cette paroi ni follicules de Graaf, ni débris de corps jaunes; or, d'après Ludwig Seitz[1], il n'existe pas, à l'heure actuelle, un seul exemple d'ovaire aberrant trouvé en dehors de la zone génitale (ligaments larges, ligaments vésico-utérins); par contre, cet auteur réunit 7 observations de tumeurs kystiques développées sur des ovaires aberrants[2], mais il s'agissait dans ces cas soit de kystes dermoïdes, soit de kystes multiloculaires, et encore, dans deux faits seulement, le siège de ces tumeurs était dans le mésentère (Winckel), ou le mésocôlon (Bassini). Ajoutons d'ailleurs que ces faits n'entraînent pas la conviction, car on n'a pas trouvé dans la paroi des kystes d'éléments caractéristiques de l'ovaire (corps jaunes, follicules de Graaf). De même les kystes wolffiens[2], auxquels on pourrait à la rigueur penser à cause du siège juxta-cæcal de la tumeur, non loin de l'uretère, ont un contenu absolument clair, aqueux; l'épithélium qui tapisse leur paroi est cylindrique, quelquefois cilié, mais en tout cas jamais caliciforme, avec sécrétion abondante de mucus.

Nous croyons donc que notre observation est un nouvel exemple de ces kystes entéroïdes juxta-intestinaux; l'absence de fibres musculaires lisses dans la paroi peut s'expliquer par ce fait que le kyste avait certainement subi un début de dégénérescence néoplasique entraînant des lésions d'inflammation chronique du côté de la paroi du kyste; l'apparition d'une ascite récidivante, la présence, à l'intérieur du kyste, des végétations épithéliales très nombreuses rendent cette explication très vraisemblable. La paroi du kyste avait réagi en

1. Ludw. Seitz, *Samm. klin. Vorträge*, n° 286, 1900; série X, 16 Heft.
2. Lockwood, *Trans. of Pathol. Society of London*, 1898, t. 49, p. 182.

s'enflammant et en s'épaississant, et les fibres musculaires avaient été étouffées par la prolifération conjonctive, comme dans l'observation de Quenseel. Cette dégénérescence adénomateuse, très voisine de l'épithélioma atypique, a d'ailleurs déjà été observée deux fois par Anderson et Hueter.

Si, laissant de côté le point de vue anatomique, nous voulons tracer une étude symptomatique de ces kystes, nous sommes extrêmement embarrassés; en effet, dans la majorité des cas, ces tumeurs sont des trouvailles d'autopsie.

Les symptômes cliniques auxquels ils peuvent donner naissance ont été les suivants : dans un cas de Fränkel[1], le malade présenta des phénomènes d'occlusion intestinale auxquels il succomba; l'autopsie montra que le kyste intramusculaire, très saillant du côté de la lumière intestinale, l'oblitérait presque complètement.

Dans le cas de Sprengel[2], le malade souffrait depuis plusieurs années de douleurs intermittentes dans le bas-ventre accompagnées de vomissements; au cours de l'intervention, on vit que ce kyste, qui occupait la paroi intestinale au niveau de la valvule de Bauhin, avait déterminé une invagination intestinale. Dans l'observation de Roth, le kyste pédiculé s'était tordu; il en était résulté de la gangrène du kyste, dont la cavité communiquait avec celle de l'intestin; il se produisit une péritonite qui entraîna la mort. Dans les faits de Buchwald[3], Quensel et Gfeller, le kyste avait provoqué du volvulus ou de la coudure de l'intestin, déterminant ainsi une occlusion intestinale.

Nous voyons que les kystes ne déterminent que des phénomènes secondaires du côté du tube digestif (sténose, invagination, occlusion par coudure ou volvulus).

Dans notre observation, le kyste, très probablement congénital, n'avait donné lieu qu'à un seul symptôme : la présence d'une ascite très abondante, se reproduisant rapidement après les ponctions. Ceci, croyons-nous, était dû au début de dégénérescence maligne de l'épithélium du kyste.

Peut-il être question du diagnostic clinique de ces kystes avant l'opération? Jamais ce diagnostic n'a été fait jusqu'ici, et nous doutons fort qu'il le soit jamais. En effet, peu volumineux en général (au plus le volume d'une pomme ou d'une orange), ils ne déterminent pas de symptômes par eux-mêmes, et les interventions chirurgicales au cours desquelles on les a rencontrés étaient tou-

1. *Virchow's Archiv*, 1882, Bd. 87, p. 281.
2. *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Chir.*, 1900, p. 537.
3. *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1887, Bd. 13, p. 868.

jours faites pour un accident secondaire (occlusion intestinale, ascite). La seule chose importante pour le chirurgien est de connaître l'existence de ces kystes et leurs connexions anatomiques; s'il en rencontre un, au cours d'une opération, il saura alors le traiter suivant les cas.

On peut en effet, pour extirper ces kystes, en pratiquer l'*énucléation*, ou, au contraire, *réséquer l'anse intestinale sur laquelle* ils siègent. Quensel fit une résection de l'anse intestinale; il fit bien, car le kyste avait subi une dégénérescence sarcomateuse, mais sa malade mourut; de même, Sprengel réséqua l'anse intestinale invaginée par suite de la présence d'un kyste sous-muqueux et guérit sa malade, Gfeller fit l'énucléation de son kyste, qui était intramusculaire, sans ouvrir l'intestin; il reconstitua ensuite soigneusement la paroi, et la malade guérit.

Coulommiers. — Imp. Paul Brodard.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

Pour Paraître le 1er Mars :

Livraison II (mars-avril 1904)

JOURNAL DE PSYCHOLOGIE
NORMALE ET PATHOLOGIQUE

DIRIGÉ PAR LES DOCTEURS

Pierre JANET et Georges DUMAS

Professeur au Collège de France. — Chargé de cours à la Sorbonne.

SOMMAIRE

Prof. Pick (Prague). — *Des zones de Head et de leur importance en psychologie.*
Prof. A. de Luzenberger (Naples). — *A propos des communications typtologiques.*
Prof. Brissaud (Paris). — *Une particularité de l'état mental des morphinomanes.*
Prof. A. Houssay (Paris). — *Mœurs et régimes.*
Dr F.-L. Arnaud (Paris). — *Idée de grandeur précoce dans le délire de persécution chronique.*

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Psychologie normale.* II. — *Psychologie pathologique.*

CONDITIONS D'ABONNEMENT :

Un an, **14** fr. — Le numéro, **2** fr. **60**

Paraît tous les deux mois, par fascicule de 100 pages environ, avec figures dans le texte.